Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 862.

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE ÉPITHÉLIOMATEUSE

DES

LOUPES DU CUIR CHEVELU

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 16 décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Adrien PORET

Né à Saint-Jean-le-Blanc (Calvados), le 6 novembre 1869

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

1893

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 862.

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE ÉPITHÉLIOMATEUSE

DES

LOUPES DU CUIR CHEVELU

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 16 décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Adrien PORET

Né à Saint-Jean-le-Blanc (Calvados), le 6 novembre 1869

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—

1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET . . . . . Doyen.
GAYET. . . . . Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE. BONDET.
Cliniques chirurgicales	OLLIER. PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPIER.
Médecine opératoire	X.
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	ROLLET.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes . . . . . M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL, agrégé.
Accouchements	POLLOSSON, —
Botanique	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.
BEAUVISAGE.
CONDAMIN.
COURMONT.
DEROIDE.
DEVIC.
DIDELOT.

MM. GANGOLPHE.
JABOULAY.
LANNOIS.
PERRET.
POLLOSSON.
ROCHET.
RODET.

MM. ROLLET (Étienne).
ROQUE.
ROUX.
VIALLETON.
WEILL.
BOUVEAULT, Chargé des fonctions d'agrégé.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président;* M. GANGOLPHE, *Assesseur;* MM. DEVIC et ROLLET (Etienne), *Agrégés.*

La Faculté de médecine de Lyon *déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

A Monsieur VATIN

Préfet du Calvados

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MES AMIS

INTRODUCTION

Dans le courant de l'année 1892, alors que nous faisions notre stage à la clinique chirugicale, notre attention fut appelée par Monsieur le professeur Poncet sur une malade du service porteur d'une énorme tumeur du cuir chevelu.

Cette tumeur, ulcérée et d'une odeur particulièrement nauséabonde n'était autre chose qu'une masse d'origine pilo-sébacée et dont le point de départ était une ancienne loupe de la région.

Il s'agissait là, par les caractères et les dimensions du néoplasme, ainsi qu'on pourra en juger par le dessin qui accompagne notre travail, d'un cas vraiment exceptionnel.

Il nous a paru intéressant, sur le conseil de Monsieur le professeur Poncet, d'étudier à ce sujet cette transformation possible des kystes sébacés et de rechercher dans la littérature chirurgicale les observations des cas similaires dans lesquels des loupes du cuir chevelu avaient subi, le plus souvent à la longue, des transformations dégénératives qui en modifiaient profondément l'évolution, le pronostic et le traitement.

Nous avons, dans cette étude, conservé le vieux mot de loupe qui malgré son caractère de terme générique

s'étant appliqué à des productions de natures les plus diverses, reste pour nous dans la circonstance synonyme de kyste sébacé.

Nous avons trouvé relativement peu de matériaux sur cette question, beaucoup moins dans tous les cas que nous ne le supposions en tenant compte particulièrement de la pratique de Monsieur le professeur Poncet.

Dans ses observations des trois dernières années, nous n'en avons trouvé que trois sur le sujet qui nous occupe et, d'après ses souvenirs, il serait intervenu chez quatre autres malades pour des lésions du même geste.

Notre travail qui est surtout et presque exclusivement une étude clinique sera ainsi divisé:

Dans un premier chapitre relatif à l'historique de la dégénérescence épithéliomateuse des loupes, nous recherchons les faits du même ordre qui ont été publiés et nous montrons les assertions plus ou moins contradictoires auxquelles leur observation a donné lieu précédemment.

Notre deuxième chapitre est consacré à certaines considérations générales sur les loupes.

Dans un troisième chapitre, nous avons en vue la transformation épithéliomateuse de ces tumeurs; nous en étudions la physiologie pathologique, les conséquences qu'elle peut entraîner en y ajoutant quelques courtes considérations anatomo-pathologiques.

Puis viennent nos observations personnelles et celles que nous avons pu recueillir de divers côtés.

Enfin dans un dernier chapitre nous exposons les

conclusions qui nous ont semblé ressortir de l'étude à laquelle nous nous sommes livré.

Tel est le modeste travail que nous soumettons à l'indulgence de nos juges.

Si désinent vires, laudauda voluntas.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à exprimer notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont dirigé dans nos études médicales. Nous remercions particulièrement M. le professeur Poncet qui nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance pendant les quelques semestres que nous avons pu suivre ses cliniques de l'Hôtel-Dieu et nous sommes très sensible à l'honneur que ce maître éminent nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Qu'il nous soit permis aussi de remercier nos premiers maîtres à l'école de médecine de Caen ; que messieurs les professeurs Auvray et Barette reçoivent l'expression de notre profonde gratitude pour le charmant accueil qu'ils nous ont toujours fait dans leur service.

Notre excellent ami et collègue le docteur Cathoire a bien voulu mettre à notre disposition ses talents bien connus de dessinateur ; c'est à lui que nous devons les deux figures reproduites à la fin de ce travail. Nous lui adressons nos sincères remerciements.

CHAPITRE PREMIER.

Historique.

Aussi loin que nous avons pu remonter dans la littérature médicale, la première mention que nous ayons trouvé de la dégénérescence des kystes sébacés du cuir chevelu en tumeurs malignes se trouve dans la Lupiologie de Girard parue en 1775; il est vrai que, en signalant le fait à propos des « loupes » il avait en vue les kystes sébacés pouvant reproduire sur toute la surface du corps, mais il dit, dans le même ouvrage, que ceux du cuir chevelu sont encore plus dangereux que les autres.

Lebert, dans une séance de la Société anatomique en 1850, en nie énergiquement la possibilité et dans son Traité d'anatomie pathologique parue en 1857, il s'exprime ainsi en parlant des cas qui ont pu y faire songer: « rien d'étonnant que les chirurgiens caucromanes habitués à observer et à apprécier superficiellement aient pris ces cas pour cancéreux ».

Elle est repoussée aussi en 1863 par Jobert de Lamballe dans une leçon clinique, quoique Boyer à la même époque en admit la possibilité.

Cruveilhier signale le fait et en rapporte une observation; mais le doute subsistait dans son esprit, car,

dit-il, « le microscope n'a révélé aucun élément cancéreux ».

Broca dans son Traité des Tumeurs s'exprime ainsi : « Les cas de ce genre ont fait admettre que les loupes du cuir chevelu pouvaient se transformer en cancer, supposition qu'on nous permettra d'écarter sans réfutation ».

Greuell dans une thèse de Paris de 1871, sur le traitement des loupes en admet seulement la possibilité. Follin et Duplay, dans leur Traité de chirurgie, écrivent : « sous l'influence de certaines circonstances, les loupes peuvent donner lieu à des ulcères interminables qui ont pu faire croire à des ulcères chancreux ».

Tel était vers 1875 l'état de la question, c'est-à-dire que la dégénérescence en tumeur maligne supposée seulement par quelques auteurs, et admise par un plus petit nombre encore, était considérée par la plupart comme une interprétation fausse des accidents qui peuvent dans ces certains cas survenir sur les kystes sébacés du cuir chevelu.

C'est à cette époque que paraît l'article « Loupe » du Dictionnaire encyclopédique et dans lequel L. Tripier se basant sur l'observation d'un fait dans lequel l'examen microscopique ne lui laissa aucun doute affirme nettement leur dégénérescence cancroïdale sous certaines influences.

En 1889 la question est soulevée à la Société de chirurgie par une observation que communique M. Kirmisson et, la même année, par une observation communiquée par M. le professeur Poncet et publiée à la fin de ce travail,

Dernièrement enfin l'observation de la malade que nous avons eu l'occasion de voir dans le service de M. le Professeur Poncet était l'objet d'une discussion à la Société des sciences médicales de Lyon (7 janvier 1892.)

Comme on le voit par ce court historique, la question de la dégénérescence cancroïdale des kystes sébacés du cuir chevelu a jusqu'ici peu attiré l'attention. Nous essayerons donc, après avoir exposé quelques notions générales sur les loupes, d'étudier d'une façon aussi complète que possible ce point particulier de leur histoire sur l'existence duquel les observations que nous rapportons et l'expérience de M. le professeur Poncet ne nous semblent pas devoir laisser aucun doute.

CHAPITRE II.

Aperçu général sur les loupes.

Pendant fort longtemps on a expliqué de la façon suivante l'apparition des loupes : l'orifice d'un follicule pileux ou d'une glande sébacée qui s'y déverse venant à s'oblitérer, les sécrétions glandulaires s'accumulent à leur intérieur et, distendant la cavité qui les renferme, donnent naissance à une tumeur susceptible d'augmenter de volume dans d'assez larges proportions.

Si cette théorie de la rétention est vraie pour certains kystes sébacés simples tels que les concédons, par exemple, des études micrographiques récentes ont montré qu'elle cessait de l'être pour l'affection qui nous occupe et dont on se fait à l'heure actuelle une idée tout autre.

Les loupes sont le fait de la dilatation des glandes sébacées par leurs cellules constituantes proliférées et ayant subi une dégénérescence pathologique spéciale qui présente pour M. Bard les caractères d'une fermentation microbienne.

Ainsi comprises ce sont de vértitables tumeurs au sens anatomique du mot.

Particulièrement fréquentes chez les femmes et se

rencontrant surtout à l'âge mur, on peut cependant voir survenir des loupes à toutes les époques de la vie ; on en a observé chez un enfant de trois ans et chez ce dernier les premières auraient apparu à l'âge de huit mois.

Leur nombre n'est pas moins variable que l'époque de leur apparition. Philippe Boyer en a compté vingt-trois chez une femme ; nous connaissons un cas où il y en avait plus de soixante et chez un autre individu elles étaient si nombreuses qu'elles avaient donné au cuir chevelu l'aspect de circonvolutions cérébrales. C'est à tort que quelques auteurs se basant sur la disposition anatomique du cuir chevelu leur ont attribué une forme aplatie ou allongée ; la forme arrondie est la règle. Ne dépassant pas en général le volume d'une noisette, ces tumeurs peuvent atteindre parfois celui du poing ou d'une grosse orange avec tous les intermédiaires. Ce volume même que les loupes peuvent atteindre nous semble être une preuve en faveur de la théorie que nous avons admise pour leur développement. Quand leur accroissement en effet en est arrivé à un certain stade, ce n'est pas sans une distension énergique de la peau qui les recouvre, et de toute la paroi cavitaire; or, cette distension ne devrait-elle pas entraîner l'atrophie et la disparition des glandes sébacées comme elle entraîne l'atrophie et la disparition des bulbes pileux bien mise en évidence par la disparition des cheveux à la surface de la tumeur, et empêcher par là même le développement de cette dernière. Si donc les loupes peuvent acquérir dans certains cas le volume que nous avons signalé, c'est qu'elles ne

sont pas dues à un phénomène de rétention des sécrétions sébacées, mais à une prolifération anormale des cellules épithéliales qui en tapissent la paroi.

Quant à cette sorte d'antagonisme signalé par certains auteurs entre leur volume et leur nombre, il n'existe nullement; il n'est pas rare de voir des individus porteurs d'un certain nombre de loupes, chez qui l'une d'elles prend, à un moment donné, un volume énorme ses voisines restant stationnaires, manifestant ainsi une indépendance absolue dans leur évolution.

La consistance varie avec le volume, la nature et les modifications du contenu ; petites, elles ont une assez grande résistance sans dureté, ni élasticité ; en augmentant de volume elles deviennent molles, pâteuses, souvent fluctuantes car leur contenu tend à se liquéfier ; mais si les parois du kyste sont très tendues ce signe peut manquer ; ces tumeurs ont en effet une tendance naturelle à la désintégration des cellules en une masse d'aspect graisseux dans laquelle on reconnaît plus ou moins bien la forme des cellules préexistantes et qu'on appelle mellicérique ou stéatomateuse suivant qu'elle rappelle par sa consistance le miel ou la cire. Dans certains cas enfin cette tendance à la liquéfaction est moins accusée et ne se réalise que dans certains points de la tumeur, donnant ainsi la sensation de parties ramollies séparées par des masses résistantes. Enfin l'infiltration des parois par des granulations ou des plaques calcaires pourra donner dans certains cas une sorte de crépitation.

Tant qu'il n'est pas survenu d'inflammation, la peau

conserve à leur niveau sa couleur normale, elle est amincie, mais elle n'adhère pas à la tumeur elle-même sauf au niveau de l'ancien orifice du follicule pileux que l'on peut reconnaître quand la loupe est encore petite à un petit point noir légèrement déprimé situé au voisinage de son sommet. La tumeur est aussi mobile sur les parties profondes.

Son contenu, qui est ordinairement inodore, consiste en une sorte de bouillie de consistance et de couleur variables, dans laquelle le microscope montre génément des granulations graisseuses, des cellules d'âge et d'aspect différents, des granulations calcaires et des critaux de cholestérine. Quand le ramollissement de la loupe est moins accentué et que sa consistance permet d'en faire une coupe, l'aspect des cellules et leur agencement en ilôts nettement dessinés montrent bien qu'on est en présence d'une véritable tumeur et non pas d'un kyste.

Quelle est la cause de l'apparition des loupes ? On a incriminé les traumatismes, un trouble de sécrétion ; on leur a attribué comme point de départ tantôt une grossesse, tantôt une maladie générale, tantôt un érésypèle. Sans vouloir nier le rôle que peuvent jouer ces différents facteurs dans leur marche et peut-être même dans leur apparition, nous estimons que, pas plus que pour les autres tumeurs, la cause de leur développement n'est connue. Le plus souvent même les malades ne s'en aperçoivent que lorsqu'elles ont acquis un certain volume et sont par là même incapables d'assigner une date précise à leur début.

Quoi qu'il ne soit, le processus qui va donner nais-

sance à la loupe s'établit à un moment donné dans les cellules épithéliales d'une glande sébacée ou d'un follicule pileux, la prolifération cellulaire entraîne bientôt l'oblitération de la glande et dès lors la tumeur va continuer à évoluer et à se développsr au sein d'une cavité close de toutes parts.

Il n'est pas rare, ainsi que l'a établit M. Chandelux de voir l'épithélium qui tapisse les parois de la loupe évoluer vers le type corné, les cellules peuvent même se souder par leurs bords et donner ainsi naissance à des masses cornées très dures, arrondies qui peuvent constituer parfois la tumeur tout entière. Enfin dans certains cas le contenu est susceptible de subir la transformation calcaire. Quant nous aurons ajouté à celà que la tumeur se développe lentement, sans causer de douleur et d'autre gêne que celle qui peut résulter de son volume, qu'elle peut rester stationnaire pendant un grand nombre d'années, nous aurons montré ce qu'est cette affection dans plupart des cas.

Telle qu'elle se présente dans ces conditions c'est là une affection bénigne mais malheureusement elle n'est pas exempte de complications.

Soumises de par leur siège à des violences de toutes sortes, les loupes peuvent devenir le siège d'ulcérations ayant par là même peu de tendance à la cicatrisation et elles deviennent dans ces conditions une source d'ennuis pour celui qui en est porteur. Fréquemment on a vu survenir des érésypèles à la suite de ces ulcérations. Enfin elles peuvent être le siège d'un accident plus grave, d'une véritable dégénérescence épithéliomateuse que nous allons maintenant étudier.

CHAPITRE III.

Etude de la dégénérescence épithéliomateuse des loupes.

La dégénérescence épithéliomateuse des loupes du cuir chevelu peut, d'après l'observation clinique de M. le professeur Poncet, se présenter sous deux formes différentes qui offrent un réel intérêt tant au point de vue du développement et de l'évolution de ces néoplasmes qu'à celui de leur pronostic et de leur traitement.

Dans une première série de faits dont ce maître se souvient avoir eu plusieurs exemples et dont l'observation de l'*homme aux tumeurs confluentes du cuir chevelu* est le prototype, la tumeur qui a tous les caractères d'un kyste sébacé est cependant plus dure, plus résistante ; et lorsque dans son énucléation on incise la poche, au lieu d'une masse sébacée plus ou moins molle, diffluente, et qui peut avec le temps avoir subi, comme nous l'avons vu, diverses transformations, on trouve la cavité remplie par une masse ipithéliale d'apparence plus ou moins glandulaire semblable à un gâteau de riz mal lié. Ces tumeurs formées aux dépens de la paroi interne de la poche ne paraissent

avoir avec elle que des rapports de contact et sont, le plus souvent, complètement encapsulées. Il ne s'agit pas là à proprement parler, d'une transformation avec le temps d'un kyste sébacé, mais bien d'une évolution spéciale de la tumeur et cela est si vrai que l'on trouve parfois en son voisinage de tous petits kystes de date récente présentant exactement la même structure. C'est là du reste ce qui a été noté avec soin dans l'observation de l'homme aux tumeurs confluentes.

Il s'agit, à n'en pas douter, d'un processus spécial qui donne à cette variété de loupes une physionomie particulière. Ces tumeurs peuvent en effet s'accroître notablement, distendre et amincir la capsule qu'elles finissent par perforer en même temps que la peau qui les recouvre subit des altérations de même ordre; il en résulte de véritables ulcères à sécrétion sébacée plus ou moins fétide qui présentent de grandes analogies avec de véritables épithéliomas cutanés ainsi qu'on peut s'en rendre compte dans l'observation d'Antoine Ollier. Cependant la marche de ces loupes et les lésions qu'elles provoquent du côté de la peau doit leur faire attribuer une malignité locale à coup sur différente du cancroïde primitivement développé dans la peau.

Ce n'est du reste qu'à partir du moment où la capsule est susdistendue et perforée par le néoplasme épithélial que la maladie paraît avoir quelque caractère de gravité.

C'est dans ces cas de *néoplasmes sébacés primitifs intra-capsulaires* qu'une opération relativement hâtive peut, d'après M. le professeur Poncet, donner de bons résultats. Ne voyons-nous pas chez Antoine Ollier des

tumeurs enlevées depuis quatre ou cinq ans n'avoir pas récidivé et cependant le début de ces tumeurs épithéliales confluentes remontait à de nombreuses années (plus de trente ans). Ce n'est guère là, on le reconnait immédiatement, la marche des épithéliomas qui, non seulement s'accompagnent d'infection ganglionnaire rapide, mais qui à brève échéance s'accompagnent de cachexie et d'accidents graves.

A côté de cette variété de néoplasmes sébacés, qui est à coup sur rare eu égard à la fréquence des loupes ordinaires, prennent places des épithéliomas que nous appellerons secondaires par rapport aux précédents, qui mériteraient volontiers le nom d'épithéliomas primitifs. Il s'agit bien pour ceux que nous avons en vue maintenant d'une dégénérescence cancroidale. Dans ces cas, la loupe primitive est ancienne, de volume plus ou moins considérable et elle siège chez des sujets généralement avancés en âge ; le plus souvent, par suite de ses dimensions, de sa situation ou pour tout autre motif elle a été soumise à des causes d'irritation répétées qui ont provoqué, du côté de la paroi interne de la poche, des accidents inflammatoires. Ce sont ces derniers qui ont entraîné à la longue une prolifération épithéliale d'une tout autre nature que celle qui existait au début, prolifération qui n'est autre que la dégénérescence cancroïdale. Ici la marche des accidents paraît du même ordre que pour les trensformations du même genre se produisant dans de vieux foyers pathologiques.

Ce sont là des faits bien connus des cliniciens et sur lesquels nous n'avons pas à nous appesantir.

Il reste donc bien établi pour nous, qu'entre un vieux cautère qui subit la transformatien épithéliomateuse ou un vieux trajet fistuleux cutané, intro-osseux, devenant cancroïdal, et une loupe, un kyste sébacé qui subit la transformation dont nous venons de parler, il n'y a qu'une différence de siège, de rapports, le processus restant le même. Dans ces cas, la capsule est rapidement perforée et le derme est envahi par des bourgeons épithéliomateux qui donnent à la peau ulcérée le caractère d'un épithélioma primitif, avec cette différence toutefois que l'ulcération cancroïdale recouvre une partie saillante, une tumeur préexistante avec laquelle elle est, bien entendu, en continuité directe. C'est là, la dégénérescence cancroïdale typique assimilable, et dans son pronostic et dans son traitement, à celle qui survient sur les anciennes plaies et les vieux ulcères.

Enfin, il est une troisième variété d'épithélioma du cuir chevelu qui se développe non plus aux dépens d'une loupe sous-jacente, mais dont le point de départ primitif se fait dans la peau qui recouvre la tumeur. M. le professeur Poncet a observé un cas de ce genre chez une vieille femme qui, à la suite d'un coup sur un kyste sébacé du cuir chevelu du volume d'un gros marron, présente à son niveau un cancroïde cutané des dimensions d'une pièce de deux francs. L'opération montra qu'au-dessous se trouvait un kyste à paroi épaissie, calcifiée en certains points et dont le contenu présentait également des transformations dues à son ancienneté, mais qui n'avait subi aucune modification épithéliomateuse. Le kyste en distendant la peau, en pro-

voquant dans le derme et dans l'épiderme; des troubles de la nutrition plus ou moins marqués avait joué dans cas le rôle de cause occasionnelle ; mais il n'avait pas, à coup sûr comme dans les cas précédents, infecté le revêtement cutané par continuité et propagation de la lésion.

Telles sont les différentes transformations épithéliomateuses qui peuvent résulter de la présence d'un kyste sébacé.

Ces épithéliomas abandonnés à eux-mêmes peuvent acquérir parfois des proportions véritablement énormes. C'est ainsi que, dans une des obsersations que nous rapportons, la tumeur est comparée à un turban ou à une toque qui recouvrirait la tête. Dans l'observation qui nous est personnelle, elle atteignait le poids de 1 kilog 80 et formait, au derrière de la tête, un énorme chignon néoplasique aussi gros que la tête elle-même. Ce sont là évidemment des cas exceptionnels.

Quand la tumeur est encapsulée, nous avons vu que son aspect ne différait en rien de celui des loupes ordinaires. Il en est autrement quand sa surface s'est ulcérée ou qu'il s'agit d'une tumeur de la seconde variété ayant ulcéré la poche pour se développer au dehors. Dans ces cas, la tumeur se présente sous la forme d'une végétation d'aspect lobulé implantée par une base indurée, autour de laquelle la peau environnante forme comme une sorte de cratère, la surface présente des enfoncements paraissant pénétrer plus ou moins loin vers le centre de la tumeur et des parties saillantes. Cette surface constitue, en général, une

plaie plus ou moins étendue formée de gros bourgeons charnus encadrés au milieu de croûtes verdâtres; il s'en écoule continuellement une sanie d'odeur fade de fermentation épithéliale et graisseuse. La fétidité qui s'en exhale est parfois tellement repoussante qu'il fallut, à son arrivée à l'hôpital, isoler la malade, qui fait le sujet de notre observation personnelle, dans une chambre spéciale et l'y désinfecter pendant plusieurs jours avant de pouvoir la faire venir dans la salle de pansement.

Au toucher ces tumeurs offrent une consistance molle et les bosselures qui les constituent présentent souvent par place une véritable fluctuation due au ramollissement qui se fait en certain points.

Sous l'influence de la suppuration abondante et des hémorragies fréquentes dont ces tumeurs sont le siège, quand elles ont acquis une certaine extension, l'état général se trouve compromis; s'il est quelques malades à qui leur constitution permet de résister à cette déperdition constante, le plus grand nombre sont fatalement entraînés vers la cachexie. Mais quel est, dans le cas qui nous occupe, le mécanisme de cette dernière? Est-ce l'infection générale, une sorte d'auto-intoxication de l'économie par les produits de sécrétion des cellules néoplasiques? Sans récuser la part que peut avoir cette dernière, nous estimons que c'est, surtout dans ce cas, une cachexie de cause locale suffisamment expliquée par la suppuration et les hémorragies sans oublier les préoccupations et les soucis de toutes sortes que cause aux malades leur affection. Quelques-unes de nos observations nous en donnent

du reste une preuve en nous montrant le retour des malades à la santé après l'ablation de leur tumeur.

Il est un accident redoutable auquel peuvent donner lieu ces épithéliomas développés sur un kyste sébacé du cuir chevelu. Ainsi que nous l'avons déjà signalé, la tumeur adhère parfois aux os du crâne, envahissant et détruisant par là même toutes les parties molles à son niveau ; or quand elle a acquis un certain volume la nutrition de la partie de l'os sous-jacente est compromise et l'on peut avoir de ce fait des perforations de la boîte crânienne par défaut d'apport des matériaux nutritifs entraînant une nécrose partielle. Mais dans le cas qui nous occupe, il y a plus; le processus néoplasique lui-même peut envahir l'os et donner lieu à des perforations que nous désignerons sous le nom de « néoplasiques » par opposition aux précédentes que nous appellerons « mécaniques ». Quand le mal en est arrivé à ce point, rien ne s'oppose à ce qu'il envahisse les enveloppes du cerveau et le cerveau lui-même ; une de nos observations montre le bien-fondé de cette assertion, mais on aura rarement l'occasion de constater cet envahissement le malade étant généralement emporté par une méningite avant qu'il ait eu le temps de se produire.

On voit par là à quels redoutables accidents peut conduire une affection aussi bénigne qu'un simple kyste sébacé et quels sont, même après l'établissement du processus néoplasique, les avantages d'une intervention aussi précoce que possible.

A côté des cas où la transformation épithéliomateuse des loupes est primitive, il en est d'autres où elle se

montre chez des individus déjà porteurs de tumeurs de même nature en d'autres points de l'économie. C'est ainsi que cela se produit chez la femme qui fait le sujet de notre observation V et qui avait quelque temps auparavant subi l'ablation d'un sein pour un épithélioma compliqué d'envahissement des ganglions axillaires. Peut-être dans ce cas, la marche du néoplasme est-elle plus rapide et sa malignité plus grande, mais c'est là une simple hypothèse que nous émettons, ne voulant rien affirmer sur l'observation d'un seul cas.

A son tour la dégénérescence primitive des loupes peut être le point de départ de tumeurs et de dégénérescences secondaires dans les organes et les viscères. Dans notre observation III, on trouva à l'autopsie un noyau de dégénérescence secondaire au niveau de la pointe du cœur.

De même que les épithéliomas des autres régions, ceux qui se développent sur des kystes sébacés du cuir chevelu peuvent donner lieu à des engorgements ganglionnaires, quand ils ont ulcéré la poche qui les contenait primitivement et envahi les parties voisines. Nous allons voir en étudiant l'anatomie pathologique de ces tumeurs, qu'à côté de la prolifération épithéliale, on y trouve fréquemment en même temps dans ces cas un processus inflammatoire ; or, chacun de ces éléments est susceptible de retentir sur le système lymphatique. Donc à côté des engorgements ganglionnaires dus à un envahissement par le processus épithélial, on peut rencontrer dans ces cas de véritables adénites inflammatoires susceptibles de passer à la suppuration et de s'ouvrir au dehors ; c'est alors qu'on

peut voir un nouvel épithéliome sébacé se développer sur la plaie ou dans la cavité qui résulte de l'ouverture de ce faux abcès, nouvelle tumeur plus grave même que la première, car la disposition de la région lui permet une extension plus rapide et pouvant entraîner des désordres considérables dont notre observation IV rend suffisamment compte. On devra donc rechercher avec soin l'état des ganglions tant au point de vue du traitement qu'à celui du pronostic et ces recherches devront porter sur les ganglions parotidéens pour les tumeurs siégeant à la partie antérieure du cuir chevelu, sur les ganglions mastoïdiens pour celles qui en occupent les parties latérales et enfin sur les ganglions sous-occipitaux et même sous-maxillaires pour celles qui occupent la région postérieure ou occipitale.

Notons en dernier lieu que, après l'ablation de ces tumeurs, il peut se faire une récidive au niveau de la cicatrice. Cet accident, quoique exceptionnel. a été observé.

Anatomie pathologique. — Malignité

Nous n'avons pas une habitude suffisante des recherches micrographiques pour entreprendre une étude anatomo-pathologique des tumeurs dont nous venons d'étudier l'évolution clinique ; nous laissons donc ce soin aux histologistes compétents et exercés, trop heureux si nous pouvons seulement attirer leur attention sur ce sujet.

L'étude anatomo-pathologique des cas où la tumeur est encapsulée et se présente avec les caractères que

l'on trouve chez l'homme aux tumeurs confluentes du cuir chevelu, nous semble devoir être particulièrement intéressante; la présence au sein même de la tumeur de petites poches kystiques s'énucléant quelquefois facilement et analogues aux kystes sébacés ordinaires, la marche lente de la prolifération cellulaire montre qu'il y a là un processus spécial, et les dénominations de cylindrome pour les uns, d'épithélioma sébacé pour les autres, sont une preuve de l'obscurité qui règne encore à leur égard.

La disposition des cellules en lobules assez réguliers, la présence d'une charpente consécutive, enfin l'accroissement incessant de volume sont cependant un indice bien net pour les loupes qui ont subi cette transformation d'une dégénérescence épithélioma-teuse.

Dans les deux autres variétés, l'anatomie pathologique ne diffère en rien de celle des épithéliomas des autres régions; dans les cas où la dégénérescence cancroïdale prend naissance à l'intérieur d'une vieille loupe irritée pour envahir consécutivement le cuir chevelu, ces tumeurs pourront présenter les caractères d'un épithélioma sébacé ou d'un épithélioma corné, car Chandelux a établi que les cellules qui tapissent la paroi interne de la loupe pouvaient, à un moment donné, évoluer indifféremment vers le type corné ou vers le type sébacé.

Dans l'observation des tumeurs confluentes, le nombre considérable des néoplasmes, leur groupement firent songer M. le paofesseur Poncet à la possibilité de leur nature parasitaire. M. Gabriel Roux fut chargé

de les examiner à ce point de vue, mais il obtint toujours des résultats négatifs tant par la méthode des ensemencements que par les procédés bactérioscopiques.

Au point de vue anatomo-pathologique, le caractère embryonnaire du stroma connectif, l'activité de la prolifération cellulaire sont pour ces tumeurs l'indice d'une assez grande malignité. Ce caractère de malignité serait encore plus accusé si l'on tenait compte du volume des cellules dans les cas où la tumeur a été ulcérée, mais c'est là un élément qui ne peut, dans ce cas, servir à son interprétation, car il est doué d'une cause d'erreur due à la présence du processus inflammatoire qui vient se surajouter dans ces cas et dont l'influence se traduit par une augmentation de volume exagérée des cellules de la tumeur et une infiltration embryonnaire des espaces connectifs.

Le pronostic clinique est heureusement moins sévère.

A l'inverse de ce qui se passe pour le cancroïde primitif du cuir chevelu, c'est-à-dire celui qui se développe d'emblée le plus souvent dans la région temporale au voisinage de l'oreille et pour lequel la malignité est grande, la récidive constante et le dénouement toujours désastreux, le cancroïde qui se développe sur un kyste sébacé, et que nous appellerons avec M. le professeur Poncet « secondaire » par opposition au précédent, ne met pas, la plupart du temps, en danger les jours de celui qui en est porteur. Aussi, prenant en considération sa marche généralement lente, le peu de préjudice qu'elle cause le plus souvent, la gué-

rison souvent complète et durable que donne l'intervention, sans oublier toutefois les désordres graves qui peuvent survenir dans certains cas, nous faisons de la dégénérescence épithélionateuse des kystes sébacés du cuir chevelu, au point de vue clinique, une affectiod de malignité relative et surtout locale.

Il faut encore faire, au point de vue de la malignité, une distinction entre les cas où la tumeur reste encapsulée et non ulcérée, et ceux où elle se développe au contraire à l'extérieur sous forme de bourgeons charnus dont la surface est ulcérée.

Dans le premier cas, outre l'absence des hémorragies et de la suppuration, la présence d'une poche fibreuse et résistante, est un obstacle au développement et à l'extension de la tumeur; il n'y a pas non plus ce processus inflammatoire surajouté qui active la prolifération cellulaire; enfin la présence de la capsule enveloppante s'oppose à l'envahissement des vaisseaux sanguins et lymphatiques d'où résulte l'absence d'envahissement ganglionnaire et de généralisation. Quant au point de vue du traitement, on est sûr en enlevant la poche, d'enlever tous les éléments altérés qui pourraient amener la récidive.

Traitement.

A quelque période qu'en soit arrivée la tumeur, quelque volume qu'elle ait atteint, il n'y a qu'un seul traitement rationnel, l'ablation aussi large que possible. Nous ne citons que pour mémoire l'emploi anciennement fait des caustiques ; il n'a plus aujourd'hui sa raison d'être. Le bistouri agit du reste plus rapide-

ment et plus complètement et, avec l'anesthésie, il épargne au malade des douleurs atroces qui duraient souvent plusieurs jours.

L'incision doit circonsrire la tumeur et toutes les parties du cuir chevelu qui semblent envahies ; plus on enlève largement moins on reste exposé à la récidive sur place. Si la tumeur n'adhère pas aux os elle se détache facilement ; si elle adhère il faut avoir recours à la rugine pour détacher et enlever le périoste. L'hémorragie qui se produit est rapidement arrêtée par la compression. Pansement à plat.

Dans les cas où la tumeur est volumineuse, on a une vaste plaie présentant l'os à nu sur toute son étendue et il est permis de se demander comment elle arrivera jamais à se combler et à se fermer. Nous avons été surpris de la facilité, en même temps que de la rapidité avec laquelle les choses s'arrangent dans le cas que nous avons observés chez M. le professeur Poncet. On avait, en effet, sur le derrière de la tête, une vaste surface arrondie où les os du crâne étaient mis à nu et qui ne mesurait pas moins de douze centimètres de diamètre. Sous les pansements antiseptiques renouvelés fréquemment au début, la plaie se mit à bourgeonner activement et, deux mois après, elle présentait à peine les dimensions de deux pièces de cinq francs. Dans les cas où la cicatrisation ne marcherait pas assez rapidement on pourrait peut-être utiliser *les greffes* épidermiques.

Observation personnelle recueillie dans le service de M. le professeur Poncet. (Voir la figure I à la fin du travail)

Zélie C. 54 ans, sans profession demeurant à Saint-Siméon (Isère), entre à l'Hôtel-Dieu, le 25 novembre 1892, pour une énorme tumeur ulcérée située à la partie postérieure de la tête.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 80 ans des suites d'une hernie étranglée; mère morte à 84 ans d'une affection cardiaque. Son père avait sur la tête un certain nombre de petites loupes analogues à celle que la malade présente actuellement au cuir chevelu et à la face. Un frère, âgé de 50 ans, en est également porteur et il les fait enlever quand elles ont acquis un certain volume; une sœur âgée de 47 ans n'en à pas mais on en retrouve chez les collatéraux.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure. A l'âge de douze ans est apparue sur la région médiane du front, à la limite des cheveux, une petite tumeur qui a grossi peu à peu; à 18 ans elle avait atteint le volume d'une grosse noix et un médecin consulté à cette époque la détruisit à l'aide d'un caustique. Depuis, un certain nombre de petites loupes sont apparues en d'autres points du cuir chevelu. Le début de la grosse tumeur actuelle, et pour laquelle la malade entre à l'hôpital, ne peut être précisé mais aurait cependant eu lieu vers l'âge de 20 ans. A 40 ans, lors de la ménopause, elle avait le volume d'une orange et c'est à la suite de la suppression des règles qu'elle se serait accrue beaucoup plus rapidement; la malade ne signale aucun traumatisme. Vers l'âge de 41 ans elle se serait ulcérée spontanément et aucun traitement n'ayant été fait elle a continué à augmenter de volume.

Etat actuel. — L'état général de la malade est excellent; elle aurait cependant maigri un peu depuis un an. On trouve, en divers points du cuir chevelu et de la face, de petites tumeurs ayant tous les caractères de petits kystes sébacés; à la partie postérieure de la tête se trouve une énorme tumeur qui forme en cette région comme un gros chignon néoplasi-

que de volume et d'aspect véritablement effrayant. Cette énorme tumeur d'aspect lobulé est ulcérée sur presque toute sa surface et elle répand une odeur infecte de fermentation épithéliale et graisseuse, caractéristique, et tellement repoussante qu'on est obligé d'isoler la malade dans une chambre spéciale.

Tout le cuir chevelu est sillonné de grosses veines semblant converger vers la tumeur. Cette dernière est implantée par une base indurée autour de laquelle la peau environnante se relève comme pour former une sorte de collerette de teinte violacée. Sa face postérieure très irrégulière présente des parties saillantes et des enfoncements semblant pénétrer plus ou moins loin vers le centre de la tumeur ; elle est ulcérée sur presque toute son étendue et présente des parties d'aspect cruenté séparées par des traînées grisâtres dues à la concrétion du liquide sanieux et purulent qui en suinte continuellement. Sa consistance est très inégale, ferme en certains points, molle dans d'autres et très friable. On ne trouve en aucun point de ganglions engorgés.

Rien dans les autres parties du corps, rien dans les urines.

Il faut désinfecter la malade pendant quelques jours avant de pouvoir l'opérer.

Opération le 5 décembre 1892. Une incision circonscrivant la tumeur, et les parties de la peau qui semblent envahies, permet de décoller assez facilement la tumeur qui était adhérente au périoste mais n'envoyait pas de prolongement du côté des os; sa grande vascularisation oblige d'aller vite mais les pinces et les tampons ont vite raison de l'hémorragie.

Les pansements antiseptiques sont renouvelés fréquemment; sous leur influence la plaie se met bientôt à bourgeonner activement et, au bout de quelques semaines, son étendue commence à diminuer.

La malade sort de l'hôpital au commencement de mars 1893 et sa plaie ne présente plus à ce moment que les dimensions de deux pièces de cinq francs environ.

Aujourd'hui l'état de la malade est très bon et il ne lui reste plus qu'une petite plaie de la dimension d'une pièce de deux francs qui tend à diminuer de plus en plus.

Examen de la tumeur. — A la partie profonde elle es nettement limitée par une sorte de membrane aponévrotique résistante; sur les points de sa surface où on trouve quelques lambeaux de peau, celle-ci paraît saine, semble ne pas adhérer fortement à la tumeur ; à la base, on trouve entre la peau et la tumeur, une couche graisseuse, un véritable panniculle adipeux sous-cutané, qui permet de dire que la tumeur a eu son point de départ dans la loupe et non dans la peau qui la recouvrait. A la coupe on trouve une multitude de petits grains blanchâtres qui semblent renfermés pour la plupart dans une poche kystique et qui s'énucléent facilement du reste de la tumeur.

A l'examen microscopique on constate que la tumeur est constituée par des nappes de cellules épithéliales que séparent, de distance en distance, des espaces connectifs d'aspect fibrillaire, très infiltrés de cellules embryonnaires inflammatoires montrant qu'il existe dans la tumeur, à côté du processus néoplasique, une inflammation septique très accusée due à son ulcération.

Observation de l'homme aux tumeurs confluentes du cuir chevelu.

Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet.
(Voir la figure II à la fin de ce travail).

Antoine O..., âgé de 53 ans, exerçant la profession de cultivateur à Usson-en-Forez, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Poncet, le 15 décembre 1888.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien d'intéressant ; son père est mort à 68 ans, sa mère à 64 ans.

Ni l'un ni l'autre n'avaient eu de tumeur ou d'affection analogue à celle qui amène aujourd'hui ce malade à l'Hôtel-

Dieu. Plusieurs frères, tous en bonne santé ; aucun d'eux n'a jamais été porteur de loupes. Le malade s'est marié à 27 ans ; sa femme se porte bien, elle n'a jamais eu rien de semblable à la maladie présentée par son mari.

Trois enfants, deux filles et un garçon en bonne santé.

A l'âge de 20 ans, fièvre typhoïde contractée pendant un séjour à Marseille où le malade exerçait la profession de scieur de long.

Environ un an après, il vit apparaître sur le front, immédiatement au-dessous du cuir chevelu, deux petites tumeurs dures, non douloureuses à la pression. Depuis cette époque, il s'en est constamment produit de nouvelles ; et aujourd'hui encore, on en retrouve de très petites dont l'apparition ne date que de quelques mois. Leur volume et leur nombre augmentèrent peu à peu ; elle envahirent non seulement le cuir chevelu, mais la peau du tronc et celle des membres, et il y a quinze ans, le malade, âgé alors de 37 ans, demanda son admission à l'hôpital, quelques-unes de ces tumeurs s'étant altérées et étant devenues douloureuses. Il fut reçu dans le service de M. Gayet. Ce chirurgien enleva cinq de ces tumeurs situées à la partie supérieure de la face latérale gauche du thorax, vers la région splénique.

C'étaient les plus grosses : elles avaient à peu près le volume d'un œuf de poule. Le malade ne consentit pas à d'autres ablations et demanda sa sortie.

Rentré chez lui, il vit ses tumeurs continuer à croître en nombre et en volume; quelques-unes s'ulcérèrent et il se décida à revenir à l'Hôtel-Dieu, il y a neuf ans ; il entra dans le service de M. Daniel Molière qui lui enleva trois de ces tumeurs les plus volumineuses, l'une à la région mastoïdienne gauche et les deux autres au sommet du crâne. Cette ablation avait été pratiquée sans anasthésie. Le malade refusa toute nouvelle intervention et quitta l'hôpital.

Depuis quelque temps, une des tumeurs qui siégeait sur le thorax et une de celles qui sont sur la tête se sont ulcérées et sont devenues douloureuses ; le malade est forcé de revenir à

l'Hôtel-Dieu pour la troisième fois, le 15 décembre 1888. Le nombre de ces tumeurs est considérable, le cuir chevelu seul en présente plus de soixante, mais il y en a beaucoup sur le dos, la poitrine, et plusieurs sur la face, etc. Elles recouvrent totalement le sommet de la tête, à ce niveau, elles sont tellement serrées qu'elles ont pris un contour polygonal par pression réciproque. Les plus grosses ont le volume d'un œuf de poule, mais leur contour irrégulier, leur surface bosselée, leur forme plus ou moins applatie, les cicatrices blanchâtres que quelques-unes présentent font qu'elles ressemblent moins à des œufs qu'à des tomates ou à des pommes de terre entassées. Quelques-unes, les plus volumineuses généralement, présentent à leur surface des ulcérations recouvertes de croûtes mélicériques, les mêmes croûtes se retrouvent dans les plis profonds qui séparent deux tumeurs voisines, l'ensemble répand une odeur fade de fermentation épithéliale et graisseuse qui est repoussante ; cette odeur est assez infecte pour gêner beaucoup les personnes qui approchent le malade, malgré les désinfectants que l'on peut employer. C'est une des raisons principales pour lesquelles il s'est décidé à revenir à l'hôpital. La couleur de ces tumeurs est d'un rose violacé, parsemé de quelques lignes cicatricielles blanchâtres.

Leur consistance est molle, la fluctuation n'existe pas franchement, la peau n'est mobile que sur leurs bords, toutes sont adhérentes à leur milieu, elles sont mobiles sur les parties profondes. Quelque mèches de cheveux agglutinés sortent de leurs interstices. Les ganglions cervicaux sont durs et volumineux, en arrière des muscles sterno-mastoïdiens. Ces tumeurs sont le siège de démangeaisons très vives ; le malade les gratte constamment et les fait saigner fréquemment ; elles ne sont pas douloureuses, excepté celles qui sont le siège d'ulcération.

Une des plus anciennes et des plus ulcérées, siège sur le côté gauche du thorax, au niveau des fausses côtes ; elle fut, il y a deux ans, traversée par une branche de bois, dans une chute que fit le malade du haut d'un arbre, il en sortit des

grains blancs, dit-il, analogues à de la semoule, et un peu de chair pourrie (?), mais pas de liquide.

Le malade conserve un état général excellent, il n'a pas de teinte cachectique, il a conservé toutes ses forces, il exerce aussi bien que jamais son pénible métier de cultivateur ; son appétit est plutôt exagéré.

Rien d'anormal dans les urines ; pas de sucre, pas d'albumine.

Rien du côté des fonctions respiratoires et circulatoires, ni du côté des organes des sens.

Son séjour dans le service où il a subi deux opérations s'est prolongé jusqu'au mois de février 1889.

Dans la première séance opératoire M. le professeur Poncet lui enleva, après anesthésie, la tumeur du côté gauche du tronc qui était la plus douloureuse de toutes, et quatre autres tumeurs parmi les plus volumineuses siégeant sur la face postérieure du thorax.

Après la cicatrisation complète de ces premières plaies opératoires, on lui enleva, dans une seconde séance, troie des tumeurs siégeant derrière l'oreille gauche ; c'étaient celles dont le malade tenait le plus à être débarrassé. L'ablation de ces tumeurs fut assez laborieuse, il fallut les sculpter dans les tissus environnants avec lesquels elles avaient contracté de nombreuses adhérences.

L'hémorragie fut assez difficile à arrêter et on fut obligé de laisser plusieurs pinces à demeure dans la plaie du cuir chevelu . Néanmoins, la cicatrisation s'opéra assez rapidement sous des pansements antiseptiques ordinaires, et le malade demanda sa sortie de l'hopital pour retourner dans sa famille.

Les tumeurs enlevées étaient formées par un tissu très friable, de couleur grisâtre. En râclant la coupe avec un bistouri on en détachait des grains blanchâtres comme des grains de semoule. Toutes avaient un contenu solide et ne ressemblaient pas à des kystes sébacés ordinaires, de date plus ou moins ancienne.

L'examen microscopique fut fait à la faculté de médecine

dans les laboratoires de MM. les professeurs Renaut et R. Tripier ; il montra que l'on avait affaire à des épithélomes. Mais les amas épithéliaux étaient parsemés d'espaces transparents, colloïdes, affectant tantôt la forme sphérique et tantôt la forme cylindrique. Sur certains points des préparations ces espaces colloïdes ressemblaient complètement aux corps oviformes, avec leurs pédicules adhérant à la paroi conjonctive, que Robin a décrits dans les tumeurs hétéradéniques, et dont Malassez a donné une excellente description en 1883 dans son étendue sur les cylindromes des *Archives de physiologie.*

Sur d'autres points, le processus de dégénérescence, étant plus actif que le processus épithéliomateux, les portions épithéliales n'apparaissent sur les coupes que comme des traînées festonnées, limitant des espaces clairs qui ne sont autres que les corps oviformes augmentés de volume et confluents. On est donc en présence de tumeurs épithéliales sur lesquelles se greffe un processus de dégénérescence myxomateuse.

Au moment où nous écrivons ce travail, les tumeurs enlevées n'ont pas récidivé.

Epithélioma du cuir chevelu ayant débuté par des loupes. Propagation à la voûte crânienne, aux méninges et au cerveau. Dégénérescence secondaire de la pointe du cœur droit.

(Observation recueillie en 1891, par M. Braquehaye, interne des hôpitaux de Paris, dans le service de M. le professeur Le Fort.)

L .. Louise, 56 ans, couturière, entre à l'hôpital le 21 février 1891, pour une tumeur volumineuss du cuir chevelu.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ; son père est mort d'accidents pulmonaires, sa mère vit encore.

Antécédents personnels bons, excellente santé habituelle, pas de syphilis.

C'est, il y a 4 ans, qu'elle remarqua pour la première fois, qu'elle portait à la partie postérieure de la tête, sur la région

supérieure et postérieure gauche du pariétal, une petite tumeur. La malade en attribua le développement à une angine aiguë qui, par hasard, coïncidait avec cette découverte. Elle n'y prit pas garde. Cette tumeur était, affirme-t-elle, petite, dure et mobile ; elle grossit très peu pendant plusieurs années. Vers le mois de juin 1890, apparurent trois nouvelles tumeurs, qui coïncidèrent avec de violents chagrins. De ces trois tumeurs, l'une était symétrique à celle que nous avons signalée plus haut. Les deux autres, également symétriques entre elles, siégeaient de chaque côté de la ligne médiane, aux environs du bregma. Depuis cette époque, les deux tumeurs situées en arrière, n'augmentèrent que faiblement, tandis que les deux antérieures se soudaient bientôt sur la ligne médiane. Mais c'est surtout depuis le mois de novembre, que l'évolution en devint rapide. A cette époque, elle eut une affection aiguë s'accomprgnant de fièvre, de délire, de diarrhée et même, assure la malade, de congestion pulmonaire. Peut-être était-ce une dothiénentérie, car la malade garda le lit pendant plus de deux mois. Pendant tout ce temps, elle maigrissait d'une façon notable. Elle accusait en même temps des troubles nerveux bizarres du côté des mains. La main gauche et les trois doigts du millieu de la main droite s'engourdissaient, devenaient inhabiles à saisir les objets. La main gauche conservait sa coloration normale, et même se cyanosait légèrement, tandis que les trois doigts du milieu de la main droite étaient ischémiés. Ces accès duraient très peu, cinq minutes environ, et survenaient irrégulièrement, mais surtout lorsque la malade se couchait sur son côté droit. L'immersion des doigts dans l'eau froide, n'avaient aucune influence sur ce phénomène.

A son entrée dans le service, on trouvait en avant une tumeur saillante, du volume du poing, superficiellement ulcérée sur sa partie la plus élevée. Elle était irréguliére, lobulée, de consistance inégale, très dure sur certains points, fiuctuante sur d'autres. La peau qui la recouvrait était rouge, violacée, adhérente. La tumeur adhérait à l'os sous-jacent.

Elle était le siège de douleurs lancinantes, fort vives, irradiées dans les tempes et l'oreille droite. On sentait un ganglion dans la région cervicale postérieure droite, mais il avait bien diminué, nous affirmait la malade, depuis que la tumeur s'était ulcérée et a laissé s'écouler da pus. Elle avait aussi un ganglion préauriculaire, qui a disparu depuis.

Cette tumeur fut incisée sur un des points douloureux et fluctuant. Il s'en écoula un pus épais, granuleux et sanguinolent. Les deux autres tumeurs, situées symétriquement à la partie postérieure, étaient dures et mobiles à la fois sur le crâne et sous le cuir chevelu. Elles étaient assez sensibles à la pression : elles avaient environ le volume d'une petite noix.

Etat général assez bon, intelligence intacte, pas d'embarras de la parole, sensibilité normale. Rien au cœur.

25 février. — Elle a brusquement une hémiplégie gauche, accusée surtout aux membres, mais très nette aussi à la face. Facial supérieur intact.

10 mars. — Apparition d'une eschare sacrée. Douleurs vives, irradiées dans la nuque et le membre supérieur, jusqu'aux doigts.

Le 13. — Convulsions épileptiformes partielles, localisées à la zone paralysée, avec conservation de l'intelligence et de la parole. Durée de l'attaque : 20minutes environ.

Le 19. — La malade maigrit, prend peu à peu le facies cachectique ; elle dort presque constamment, la tête et les yeux tournés à droite. Intelligence encore complète, pas de troubles de la parole.

A partir du 24 mars, délire assez bruyant. La tumeur ulcérée suppure abondamment. A partir du 8 avril, incontinence absolue des matières et de l'urine. Soif insatiable. L'ulcération de la tumeur est profonde, et mine sur l'os dénudé, ulcéré à son centre sur un tissu plus mou, sans doute le cerveau doublé de ses enveloppes. Le 16 avril, la malade entre en collapsus après une nuit plus bruyante que de coutume. Elle meurt dans la soirée.

L'autopsie est faite. Le cadavre n'offre rien de particulier à la vue. Sur le crâne, au milieu du bregma, un peu à droite, on voit la tumeur principale, saillante, creusée profondémment à son centre. En arrière, on trouve les deux tumeurs précédemment décrites, qui sont un peu ramollies.

Pas de ganglions dans la région préauriculaire ni cervicale.

Lorsqu'on essaie d'entamer avec le scalpel, l'épicrâne, on le trouve très épais et de consistance cartilagineuse. Il adhère intimément à l'os sous-jacent. Le frontal et les pariétaux sont rugueux sur une grande étendue. Faisant à la scie une section transversale, on trouve les parois crâniennes très épaisses. Aucune trace de diploë. Sutures fronto-pariétales à peine reconnaissables. Sur cette dernière, à droite, perforation osseuse, entourée d'une large zone d'os raréfié, spongieux. La calotte crânienne adhère sur plusieurs points, premièrement, à gauche de la faux du cerveau, sur une ligne longitudinale parallèle au sinus longitudinal supérieur. A droite, adhérences larges au niveau de la tumeur principale. Thrombose vers la partie moyenne du sinus longitudinal supérieur. La dure-mère, à gauche, a encore conservé son aspect brillant et nacré, mais à droite, elle est très épaissie, blanchâtre, mate, criant à la section. Elle est surtout épaisse et bourgeonnante à droite, sur presque toute la région correspondant à la voûte. Toutes les autres membranes, arachnoïde et pie-mère, sont également très épaissies au voisinage de la tumeur. Elles sont très injectées et œdémateuses. L'hémisphère cérébral paraît sain à gauche. Mais à droite, il est largement envahi par la tumeur, au niveau de l'ulcération osseuse. Au niveau, la substance cérébrale à laquelle adhèrent les membranes, est grisâtre, de consistance plus dure que dans les régions saines. En profondeur, la tumeur atteint à peine un demi-centimètre. Les lésions siègent près de la zone rolandique et en avant d'elle, vers son tiers moyen. Les autres parties semblent saines.

Les poumons sont fortement congestionnés à leur base.

Le cœur présente à la partie inférieure de son bord droit, presqu'à la pointe, un noyau dur, blanchâtre, du volume d'une petite noix. Ce point de dégénérescence secondaire n'empiète point sur le cœur gauche. A la coupe, le cœur droit offre l'aspect dit feuille-morte, surtout au niveau du ventricule. Le cœur gauche est sain. Pas de lésions valvulaires.

Le foie est volumineux, mais ne renferme pas de noyaux cancéreux ; il n'en existe pas non plus dans les reins. Rien aux autres organes abdominaux.

Dans le petit bassin, traces pélvipéritonique ancienne. Les ovaires contiennent de petits kystes. L'utérus offre à la section, au niveau du col, une tumeur saillante et dure, occupant la cavité cervicale. Les autres organes sont sains.

L'examen histologique de la tumeur, démontre qu'il s'agit d'un épithélioma. La tumeur utérine était fibro-myome.

Loupe dégénérée. — Ablation. — Envahissement des ganglions voisins. — Infection générale. — Mort.

Observation publiée dans l'Union médicale, 1875.

Mme A..., 40 ans, mariée et mère de trois enfants bien portants, est venue consulter en mai 1874, M. le professeur Richet, pour une tumeur du cuir chevelu. Santé habituelle excellente. Jamais d'affection analogue dans sa famille.

En 1870, cette femme s'aperçut pour la première fois qu'elle portait une petite tumeur du cuir chevelu à la partie postérieure et supérieure de la région temporale droite. A ce moment, la tumeur avait le volume d'une noisette, était mobile, absolument indolente, et la peau qui la recouvrait avait la coloration de celle des parties voisines. Tout d'abord la

malade se préoccupa peu de cette affection qui la gênait peu et ne lui causait pas de douleur. Mais, au commencement de 1873, la tumeur ayant atteint peu à peu le volume d'un œuf de pigeon, elle résolut de s'en débarrasser. Elle alla consulter un médecin qui appliqua une traînée de pâte de Vienne. Sous l'influence de ce caustique, le sommet de la tumeur se mortifia et le contenu, semblable à celui des loupes, fut évacué. Seulement la plus grande partie de la paroi du kyste, respectée par le caustique, au lieu d'être éliminée secondairement comme on le voit d'habitude, se mit à s'hypertrophier, à pousser au dehors des champignons, des bourgeons charnus, livides, de telle sorte qu'au bout de quelques mois, la tumeur présentait exactement l'aspect d'un cancroïde ulcéré.

L'état de la tumeur alla en s'aggravant jusqu'au mois de mai 1874, époque à laquelle la malade vint consulter M. Richet. A ce moment la production avait le volume d'une noix ; son sommet était largement ulcéré et par cette espèce de cratère sortaient des bourgeons charnus, mollasses, livides saignant facilement. Au milieu de ceux-ci on apercevait des masses de matière blanc jaunâtre, stéatomateuse, facile à reconnaître pour de la matière sébacée en tout semblable à celle que les kystes sébacés renferment normalement. M. Richet frappé de l'aspect insolite de la tumeur, annonça que, très probablement dans un espace de temps plus ou moins long la malade succomberait à une infection générale.

L'ouverture de la tumeur fut agrandie, le contenu enlevé et remplacé par une pâte molle au chlorure de zinc. Au bout d'un mois il ne restait plus une parcelle de la tumeur et la cicatrisation était terminée. Avant l'opération, M. Richet avait examiné avec grand soin l'état des ganglions et nulle part il n'avait trouvé le moindre engorgement.

La guérison se maintint complète jusque vers Pâques 1875. A cette époque la malade constata l'existence d'un petit ganglion à la partie latérale droite du cou, au-dessous et en arrière de l'oreille. Ce ganglion, d'abord mobile, grossit peu à peu,

s'immobilisa, et enfin il se forma autour de lui une tumeur dure, douloureuse, adhérente à la peau, qui finit par rougir et s'ulcérer.

Etat de la malade 17 avril 1875. La tumeur du cuir chevelu est complètement guérie. En revanche toute la partie latérale droite du cou est le siège d'une tuméfaction assez uniforme qui commence au-dessous de l'oreille, s'étend en bas jusqu'à la clavicule et empiète en avant sur la région sous-maxillaire. Cette tumeur est très douloureuse à la pression; elle est dure et un peu inégale à la périphérie, obscurément fluctuante au centre. La peau qui la recouvre est rouge, amincie et ulcérée en deux points. Ces deux fistules, superposées l'une à l'autre, laissent écouler une certaine quantité de sérosité purulente. Par la pression on fait sortir par les deux orifices de petites masses de matière blanc jaunâtre, composées exactement des mêmes éléments que le contenu de la tumeur du cuir chevelu. Comme symptômes de voisinage on trouve une gêne prononcée dans les mouvements de la tête et même de l'épaule droite. L'état général est bon.

Le 17 avril on pratique une incision verticale qui divise de haut en bas la tumeur en passant par les deux fistules. On arrive ainsi dans une poche remplie de matière sébacée qui est enlevée avec une spatule. Il reste une cavité du volume d'une pomme moyenne, aufractueuse, à parois épaisses et recouvertes de bourgeons charnus qui saignent facilement. On applique dans le fond de la plaie une large plaque de pâte de Canquoin; on achève de remplir avec de la charpie. Le 18, les bords de la plaie sont très gonflés avec de la rougeur érysipélateuse tout autour et un bourrelet très net. L'érysipèle s'étend les jours suivants et envahit la face. Son évolution est terminée le 28. Du côté de la plaie on observe des phénomènes intéressants. A peine l'eschare tombée, on trouve au fond de la cavité une sorte de champignon, de gros bourgeons charnus, violacés, saignant au moindre attouchement. En quelques jours le vide laissé par le caustique est comblé par ces productions fongueuses qui s'accroissent sans cesse, mais dont

toute la surface se mortifie continuellement, de sorte que la plaie est recouverte d'une couche putrilagineuse d'une odeur infecte. En même temps la tumeur fait des progrès en tous sens. La tuméfaction envahit toute la région sous-maxillaire droite; elle dépasse en bas la clavicule. En haut la peau se décolle peu à peu. Les cartilages du pavillon de l'oreille sont détruits à leur point d'implantation en bas, et, le 10 mai, la peau du conduit auditif externe s'ulcère à son tour et donne passage à des fongosités analogues à celles que nous avons déjà détruites. Cet envahissement du conduit auditif s'accompagne de vives douleurs. La gêne de la déglutition augmente. Le 10 mai la malade ne peu plus avaler d'aliments solides; les liquides eux-mêmes sont en partie rendus par le nez. La malade maigrit beaucoup.

Le 14 mai il survient une paralysie faciale. Les forces déclinent de jour en jour. L'état local a peu varié. La plaie est blafarde, violacée, recouverte de détritus gangréneux qui exalent une odeur fétide. Elle succombe le 7 juin aux progrès de la cachexcie et de la gêne respiratoire.

L'autopsie ne peut pas être faite. Bien que l'examen microscopique n'ait pu être fait, ni pour la paroi de la tumeur primitive, ni pour les ganglions, il est cependant certain qu'il s'agit ici d'un épithélioma développé sur une loupe.

Observation communiquée à la Société de chirurgie

Par M. Pousson (juillet 1889).

Mme. X. 74 ans, entre à l'hôpital le 5 juin 1887. Un mois et demi auparavant elle avait subi l'ablation du sein gauche pour un épithélioma compliqué d'envahissement des ganglions axillaires. Un an et demi auparavant, en même temps qu'elle avait noté l'apparition de sa tumeur du sein, cette

femme avait noté aussi l'augmentation de volume d'une loupe qu'elle portait depuis longtemps déjà au niveau du pariétal gauche. Au moment où M. Pousson pratiqua l'examen de cette tumeur épicrânienne, son diamètre antéro-postérieur mesurait 7 centimètres tandis que le diamètre transverse atteignait 4 centimètres et demi. La tumeur occupait l'angle postérieur et supérieur du pariétal. Elle présentait des battements et un mouvement d'expansion tout-à-fait comparables à ce qu'on trouve dans les tumeurs anévrysmales ; mais on n'y constatait ni soufle, ni réductibilité. Le diagnostic, porté par M. Pousson, fut celui de kyste sébacé ayant subi la dégénérescence épithéliomateuse et formant une tumeur très vasculaire, peut-être en communication avec la cavité crânienne, mais ayant certainement envahi l'os auquel elle adhère très fortement. On constatait un affaiblissement notable de la motilité dans les membres du côté opposé, c'est-à-dire du côté droit, et un peu de gêne de la parole. Tourmentée par de violentes douleurs de tête, la malade réclamait une opération. Celle-ci fut pratiquée le 8 juin 1887.

On trouve une hernie du cerveau coiffé des méninges ; la dure-mère est saine, le cerveau s'affaisse. La plaie se cicatrise, la malade sort de l'hôpital.

Bientôt réapparition des douleurs. Une néoplasie épithéliale se montre sur le sommet du front du côté gauche (3 mois après). Enfin, 10 mois après, la récidive se montrait au niveau du point opéré.

Fig. 2

Fig. 1

CHAPITRE V.

Conclusions.

Les loupes ou kystes sébacés du cuir chevelu sont susceptibles de subir des transformations épithélioma-teuses qui en modifient notablement les caractères.

Au point de vue clinique, les loupes épithélioma-teuses se présentent, comme nous avons essayé de l'établir d'après l'enseignement de M. le professeur Poncet, sous plusieurs formes distinctes.

I. — Dans une première série de faits dont nous citons un exemple des plus remarquables (malade aux tumeurs confluentes du cuir chevelu) la lésion débute par une prolifération épithéliale de la paroi interne de la poche, donnant naissance à une tumeur à marche plus ou moins lente, complètement encapsulée et offrant les caractères anatomiques des néoplasmes encore mal connus désignés sous le nom de cylindromes, d'épithélionas sébacés.

Cette forme de tumeurs ne parait avoir qu'une malignité locale. Par son développement incessant, cette

prolifération épithéliale entraine des perforations de la capsule avec amincissement et ulcération consécutive de la peau sans qu'il soit cependant possible malgré l'envahissement des tissus voisins de l'assimiler à une véritable dégénérescence cancroïdale. Un des caractères essentiels de cette néoplasie sébacés intra-capsulaire est de se présenter dès le début avec les caractères d'une tumeur solide ne pouvant être supposé à cette époque par l'aspect extérieur de la loupe.

II. — Dans une seconde variété de cas, la loupe qui est de date ancienne (quelquefois 20, 30 ans et au delà) et qui siège le plus souvent sur des gens d'un certain âge subit à la manière des vieux foyers pathologiques sous l'influence d'irritations répétées, une véritable dégénérescence cancroïdale. Cette dégénérescence sera d'autant plus à redouter que la loupe se sera ouverte spontanément ou accidentellement créant ainsi une voie de plus à l'infection épithéliale et favorisant dans ces conditions l'envahissement par continuité du cuir chevelu. Cette forme de dégénérescence épithéliomateuse des loupes, qui parait être la plus commune, offre aussi le plus de gravité; le traitement doit dans ces cas être le même que celui des cancroïdes des autres régions.

III. — Dans une dernière forme, de beaucoup la plus rare et dont M. le professeur Poncet n'a observé qu'un seul cas, l'ulcère épithéliomateux a son point de départ primitif dans la peau qui recouvre la loupe.

Dans tous ces cas d'épithéliomas développés sur des

loupes, il semble, d'après l'expérience de M. le professeur Poncet, que la malignité soit moins grande que pour ceux des autres régions. — Le seul traitement rationnel est le même que pour ces derniers, c'est-à-dire l'ablation.

VU : Pr LE DOYEN,

L'ASSESSEUR,

A. GAYET.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

PONCET.

Permis d'imprimer

Lyon, le 9 décembre 1893.

LE RECTEUR,

EM. CHARLES.